

## CUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD DENTAL

*Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formaran parte de su expediente dental.*

<b>Nombre:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
----------------	--	-----------------------------	--

### TIENE UN HISTORIAL DE ANTECEDENTES DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES

Yes	No	EL VIH/SIDA
Yes	No	Artritis o tratamiento de cortisona
Yes	No	Articulación artificial En caso afirmativo, lista de articulaciones involucradas:
Yes	No	Problemas de espalda
Yes	No	Dependencia de sustancias químicas
Yes	No	Dolores de cabeza
Yes	No	Sangrado excesivo
Yes	No	Desmayo o mareo
Yes	No	Diabetes
Yes	No	Anemia
Yes	No	Enfermedad del riñón
Yes	No	Enfermedad de transmisión sexual
Yes	No	Trastorno psicológico o tratamiento
Yes	No	Enfermedad del corazón o defectos congénitos del corazón
Yes	No	Aneurisma o Ataque al corazón o accidente cerebrovascular
Yes	No	Los stents médicos o artificial en le corazon o válvulas de marcapasos
Yes	No	Cáncer Si es así, anote el tipo de cáncer y tratamiento recibido:
Yes	No	Glaucoma
Yes	No	Convulsiones o epilepsia
Yes	No	Enfermedad pulmonar
Yes	No	Asma o EPOC o dificultad para respirar
Yes	No	Tuberculosis
Yes	No	Tos persistente o con sangre
Yes	No	Alta presión de sangre
Yes	No	Enfermedad de hígado
Yes	No	Enfermedad de tiroides

### MUJERES

Yes	No	¿Está embarazada?
Yes	No	¿Da pecho?

#### Lista de sus medicamentos recetados y medicamentos, como las vitaminas y los inhaladores.


#### Lista de sus alergia a medicamentos.


### OTRAS CONDICIONES

#### Lista de otros problemas médicos que no fueron mencionados:


### HABITOS DE SALUD

<b>Tabaco</b>	¿Usa tabaco o un cigarrillo electrónico?		Sí		No
	Cigarrillos – pks./dia	Tobaco - #/dia	Pipa - #/dia		Cigarros - #/day
	# de años	dejar de fumar			

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dentist Signature: \_\_\_\_\_ ASA Number: \_\_\_\_\_